



CFA de l'Hôtellerie
Restauration
5 rue de la Gare
68000 - COLMAR

FICHE D'INSCRIPTION CS/BP/BTS ANNÉE SCOLAIRE 2025/2026⁽¹⁾

IMPORTANT : Les données ci-dessous, nous permettent de constituer les classes et peuvent, si vous le souhaitez nous permettre d'éditer le contrat et la convention d'apprentissage – Veuillez remplir toutes les données

**Veuillez remplir une feuille d'inscription par apprenti(e) - Si vous avez plusieurs apprenti(e)s, nous vous prions de faire des photocopies de cette fiche d'inscription – Merci.
Joindre 2 photos récentes de l'apprenti(e) → veuillez indiquer nom et prénom au dos**

INSCRIPTION POUR LA FORMATION SUIVANTE : (Cocher la case)

CERTIFICAT DE SPECIALISTAION	BREVET PROFESSIONNEL	BTS MANAGEMENT EN HOTELLERIE-RESTAURATION
<input type="checkbox"/> TRAITEUR	<input type="checkbox"/> ARTS DE LA CUISINE	<input type="checkbox"/> OPTION A : MANAGEMENT D'UNITE DE RESTAURATION
<input type="checkbox"/> CUISINIER EN DESSERTS DE RESTAURANT	<input type="checkbox"/> ARTS DU SERVICE & DE LA COMMERCIALISATION EN RESTAURATION	<input type="checkbox"/> OPTION B : MANAGEMENT D'UNITE DE PRODUCTION CULINAIRE

L'EMPLOYEUR

Dénomination de l'entreprise :			
Nom (majuscule) et prénom de l'employeur :			
Adresse de l'entreprise : N° et rue			
Code postal :		Ville :	
Tél. fixe :		Tél. portable :	
E-mail :			
Fonction de l'employeur (exemple, Gérant, Directeur, autres... :			
N° SIRET :		Code NAF :	
Effectif salarié de l'entreprise :		Code IDCC de la convention collective :	
Permis de former à jour : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, fournir la copie – Si non veuillez nous contacter			

L'APPRENTI(E)

NOM (majuscule) et prénom :			
Adresse complète de l'apprenti(e): N° et rue			
Code postal :		Ville :	
Tél. portable :		E-mail :	
Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Date de naissance :	
Commune et département de naissance :			
Nationalité :		N° Sécurité sociale :	_ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _
Bénéficie de la reconnaissance travailleur(euse) handicapé(e) :		<input type="checkbox"/> Oui ⁽²⁾	<input type="checkbox"/> Non
A déjà bénéficié – ou souhaite bénéficier d'aménagement(s) spécifique(s) pour pallier des difficultés d'apprentissage : nous fournir copie du PAP/Gevasco / rapports médicaux.		<input type="checkbox"/> Oui ⁽²⁾	<input type="checkbox"/> Non

(1) Conformé à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

(2) Un RDV sera organisé avec le CFA pour adapter le parcours si besoin

LE MAÎTRE D'APPRENTISSAGE (MA) - Indispensable si vous souhaitez que le CFA établisse le contrat

Nom (majuscule) et prénom du MA

Date de naissance :

 L'employeur atteste que le maître d'apprentissage répond à l'ensemble des critères d'éligibilité à cette fonction**LE REPRÉSENTANT LEGAL DE L'APPRENTI(E)**

NOM (majuscule) et prénom :

Adresse complète du représentant légal

N° :

Rue :

Code postal :

Ville :

Tél. fixe :

Tél. portable :

LE CURSUS SCOLAIRE AVANT L'ENTRÉE AU CFA**Nom et ville de l'établissement fréquenté en 2024/2025 :****Classe fréquentée en 2024/2025 :** CAP BAC PROFESSIONNEL

Autres à préciser :

 BREVET PROFESSIONNEL BAC TECHNOLOGIQUESpécialité du diplôme **à préciser** :

**IMPÉRATIF - JOINDRE LES BULLETINS DE L'ANNÉE SCOLAIRE 2024/2025
+ le(s) RELEVE(S) DE NOTES du(des) diplôme(s) déjà obtenu(s) AUTRE(S) que le Brevet des Collèges**

Régime scolaire :

Demi-pension obligatoire (pas d'hébergement possible)**LE CONTRAT - Indispensable si vous souhaitez que le CFA établisse le contrat -**

Date d'embauche :

Date de début d'exécution du contrat :

Date de fin du contrat :

Durée hebdomadaire du travail : heures

Travail sur machines dangereuses ou exposition à des risques particuliers : Oui Non

Caisse de retraite complémentaire :

CACHET ET SIGNATURE**Je souhaite que le CFA établisse le contrat d'apprentissage de mon apprenti(e)** Oui Non

Date :